

En Bernabé, Federico, *Filosofía e historia de la ciencia y sociedad en Latinoamérica, Vol. 2: Ciencia, género(s) y feminismo(s)*. Buenos Aires e São Carlos (Brasil): Associação de Filosofia e História da Ciência do Cone Sul (AFHIC).

Las pandemias no son indiferentes al género: el impacto social de la COVID-19 desde una perspectiva feminista.

Belli, Laura y Suárez Tomé, Danila.

Cita:

Belli, Laura y Suárez Tomé, Danila (2021). *Las pandemias no son indiferentes al género: el impacto social de la COVID-19 desde una perspectiva feminista*. En Bernabé, Federico *Filosofía e historia de la ciencia y sociedad en Latinoamérica, Vol. 2: Ciencia, género(s) y feminismo(s)*. Buenos Aires e São Carlos (Brasil): Associação de Filosofia e História da Ciência do Cone Sul (AFHIC).

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/danila.suarez.tome/35>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pkht/meZ>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

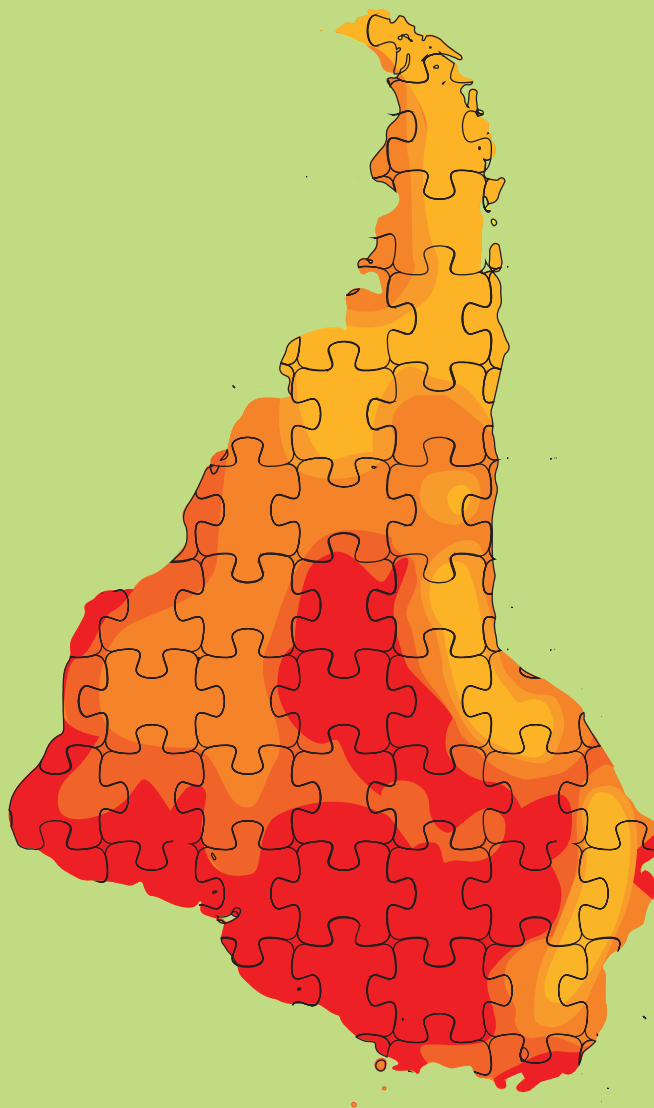
Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. *Acta Académica* fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



Associação de Filosofia
e História da Ciência do Cone Sul
Asociación de Filosofía
e Historia de la Ciencia del Cono Sur

Volumen II: A filosofia das ciências sociais na América do Sul
/ Ciencia, género(s) y feminismo(s).

Filosofía e historia de la ciencia y sociedad en Latinoamérica



Coordina
Federico Bernabé

Editan
Claudio Abreu
Federico Bernabé
Sandra Caponi
Alberto Oliva

Filosofía e historia de la ciencia y sociedad en Latinoamérica

Vol. 2: A filosofia das ciências sociais na América do Sul / Ciencia, género(s) y feminismo(s)

Federico Bernabé (coord.)

Claudio Abreu, Federico Bernabé, Sandra Caponi, Alberto Oliva (eds.)

ISBN: 978-65-86622-02-7

Associação de Filosofia e História da Ciência do Cone Sul (AFHIC), Buenos Aires e São Carlos

Índice

Ciencia, Género(s) y Feminsmo(s)

-
- Ciencia, Género(s) y Feminsmo(s)118-119
Sandra Caponi y Federico Nahuel Bernabé
 - Hombres femeninos o mujeres que no eran tales. Sexo, género y psiquiatría
en Buenos Aires a inicios del siglo XX.....120-135
José Ignacio Allevi
 - Desvelando Marie Curie e sua prática científica: reflexões de gênero por meio
de uma análise metabiográfica136-150
Carolina Santos Bonfim
 - Mulheres, internacionalização da ciência e mobilidade acadêmica151-161
Luciana Rodrigues Gransotto y Cristina Scheibe Wolff
 - Neoliberalismo, Subjetividades e Críticas Feministas162-172
Margareth Rago y Mauricio Pelegrini
 - No fogo cruzado de uma política imagética: a ultrasonografia obstétrica
e os embates de gênero173-186
Bruna Lavinias Jardim Falleiros y Valéria Cazetta
 - Buenas madres y esposas: Las ciencias naturales escolares y la formación de
la mujer en Colombia187-201
Gonzalo Peñaloza
 - Las pandemias no son indiferentes al género: el impacto social de la COVID-19
desde una perspectiva feminista202-214
Laura F. Belli y Danila Suárez Tomé
 - Keep her calm. La gestión psicofarmacológica de la feminidad (1950-1960)215-237
Sandra Caponi

Las pandemias no son indiferentes al género: el impacto social de la COVID-19 desde una perspectiva feminista*

Laura F. Belli[†]
Danila Suárez Tomé[‡]

Resumen

En este artículo se resalta la importancia del análisis con perspectiva feminista e interseccional del desarrollo de la pandemia por COVID-19, con el objetivo de realizar un aporte que enriquezca el debate en torno a la toma de decisiones de prevención y control. Se discute la evidencia disponible sobre el impacto que la pandemia y las medidas tomadas a partir de ella tienen sobre la población en términos de género. El género es a menudo un factor ignorado en las emergencias de salud, a pesar de ser un factor estructuralmente relevante. Durante la pandemia de COVID-19, las respuestas políticas más efectivas serán aquellas que puedan hacer frente a la crisis en el sistema de cuidados que se releva en este contexto de excepcionalidad.

Palabras clave: Feminismo - Inequidades - Pandemias

* Agradecemos los valiosos aportes de los integrantes del grupo SADAFFEM de SADAF.

† Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Comité de Bioética, Htal. Gral. De Agudos Dr. Cosme Argerich. laurafbelli@gmail.com

‡ Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Filosóficas – SADAF – CONICET. dstome@filo.uba.ar

1. Introducción

La pandemia de la COVID-19 ha puesto al mundo en un estado de emergencia generalizado y obligado a los gobiernos alrededor del planeta a tomar medidas drásticas sin precedentes en la historia reciente. La incertidumbre que envuelve a la propagación de esta enfermedad demanda un debate urgente en torno a cómo atravesar y salir de esta crisis de la manera más responsable. Para ello, es importante destacar el hecho de que la pandemia no se desarrolla en el vacío, sino en un contexto socioeconómico determinado que debe ser tenido en cuenta para todas las medidas que se toman. Lo que se puede observar desde el inicio del brote hasta la declaración y desarrollo de la pandemia es una magnificación de las desigualdades sociales preexistentes y una profundización de la crisis estructural de cuidados, tanto en la esfera doméstica como en el ámbito de la salud.

Esta crisis estructural de cuidados salta a la vista solamente si tomamos frente al caso una perspectiva feminista.

Las actividades de cuidados, domésticas y reproductivas no representan, para el sistema económico dominante, tareas valorables. Los feminismos vienen insistiendo, desde hace varias décadas, en el hecho de que nuestro sistema económico actual basa su entera esfera productiva en la explotación del trabajo doméstico y de cuidados no remunerados que, bajo amparo de una ideología sexista de jerarquía de los sexos, realizan mayoritariamente las mujeres porque estarían “naturalmente” más predispuestas a dichas labores. El mundo privado de la reproducción de la vida y su subsistencia ha sido separado del mundo público de la política, la economía y el desarrollo cultural, científico y tecnológico, volviéndolo en apariencia menos valorable y hasta invisible.

Este soslayamiento de la esfera de actividades dedicadas al sostenimiento de la vida repercute también en la valoración de las actividades remuneradas que se realizan en el espacio público y que se encuentran relacionadas: el trabajo doméstico, la enseñanza y los servicios de salud son tres grandes ejemplos de sectores profundamente precarizados en donde prima la idea de sentido común de una entrega por vocación antes que por rédito económico, y que, no por casualidad, representan áreas laborales ocupadas en su mayor parte por mujeres. La crisis de cuidados que se evidencia en el transcurso de la pandemia de COVID-19 se expande tanto en el ámbito no remunerado como remunerado de las tareas de cuidados fuertemente feminizadas. Es por ello por lo que la perspectiva feminista ostenta una posición privilegiada para poder describir la situación y ofrecer mecanismos de salida a esta crisis.

Si bien la COVID-19, en términos médicos, pareciera afectar en menor medida a las mujeres que a los varones, una pandemia tiene efectos que exceden con mucho a lo clínico y rebasan hacia lo social, lo político, lo cultural, lo económico. Con lo cual, las medidas que se deben tomar son numerosas y de gran impacto. Ahora bien, dadas las condiciones de desigualdad estructural que preceden a la emergencia de la pandemia, el impacto de esas medidas también se dará de manera desigual, afectando desmesuradamente a las poblaciones más vulnerables. Dentro de este marco, en este artículo se busca resaltar la importancia del análisis feminista en el desarrollo de la pandemia de COVID-19.

El género es a menudo un factor ignorado en las emergencias de salud, a pesar de ser un factor estructuralmente relevante. Por ejemplo, es posible analizar el hecho de que sean más las muertes de varones que de mujeres por causa de la COVID-19 desde una perspectiva de género, en tanto y en cuanto la evidencia disponible nos sugiere que estas muertes se encuentran relacionadas con la prevalencia de comorbilidades más severas y propagadas entre los varones a causa de ciertas prácticas asociadas con actividades fuertemente generizadas como el consumo de alcohol, tabaco, la mala alimentación, menor actividad física y menor cuidado de sí en relación a afecciones médicas. Durante la pandemia de COVID-19, las respuestas políticas más efectivas serán aquellas que puedan hacer frente a la crisis en el sistema de cuidados que se releva en este contexto de excepcionalidad atendiendo a su manifestación interseccional.

Con el objetivo de realizar un aporte que enriquezca el debate en torno a la toma de decisiones de prevención y control, en el presente artículo se discute la evidencia disponible sobre el impacto que la pandemia, y las medidas tomadas a partir de ella, tienen sobre la población en términos de género.

2. El género en el contexto socioeconómico estructural previo a la pandemia

La situación de excepción en la que se encuentra el mundo a causa de la pandemia de COVID-19 se desata en un contexto de profunda desigualdad económica que se ha vuelto más evidente a causa del desigual impacto tanto de la propagación del virus como de las medidas que son tomadas por los Estados para mitigar el contagio. A nivel internacional, desde el comienzo del brote del virus se advirtió sobre las consecuencias desproporcionadas que la propagación de la COVID-19 tendría en los países debido a sus sistemas de salud. Si en el caso de los países con economías fuertes el sistema de salud se encontraba comprometido, se estimaba que cuando el virus se expandiera hacia los países con economías emergentes, el impacto podría alcanzar niveles catastróficos.

El caso de América Latina es uno de los más preocupantes a nivel global, en tanto se trata del continente más desigual del planeta y con una serie de agravantes que influyen en las posibilidades de respuesta a la pandemia, como es el caso de la baja inversión en salud pública, bajo número de camas disponibles por habitantes, dificultades en el acceso a los sistemas de salud de poblaciones vulnerables, la epidemia en curso de enfermedades como el Dengue, el Zika y la Chikunguña, entre otras. De acuerdo con el informe de reciente publicación del BID, “La política pública frente al Covid-19: Recomendaciones para América Latina y el Caribe”:

Sin capacidad para dar una respuesta eficaz, sin equipos sanitarios suficientes para responder a la oleada de enfermos, sin los medicamentos para su curación y sin una vacuna para impedir el contagio, modelos epidemiológicos sugieren que, en ausencia de intervenciones para frenar la tasa de infección, el número de muertes directamente atribuibles a la pandemia en América Latina y el Caribe podría llegar a 3,2 millones (Blackman et al 2020:5).

Al haber sido el último continente al cual ingresó el nuevo coronavirus, fue necesario que los países comenzaran a tomar medidas de prevención antes de que comenzaran los casos de COVID-19 y, al detectarse los primeros, se debieron tomar rápidamente medidas de contención para ganar tiempo y evitar que se saturen los servicios de salud. En esta dirección, hacia comienzos de abril de 2020 casi todos los países de América Latina tomaron medidas drásticas de contención como la declaración de emergencia sanitaria, el bloqueo de las fronteras internacionales y la limitación de la circulación interna, el aislamiento social obligatorio para la población que no provee servicios esenciales, y medidas de distanciamiento social, entre otras. El impacto de estas medidas en las economías locales será profundo. Y dentro de este impacto, es necesario desagregar la variable del género, puesto que las mujeres se encuentran globalmente en peores condiciones económicas que los varones desde múltiples puntos de análisis.

Sin embargo, el punto de vista feminista para el análisis de la economía no consiste únicamente en tomar al sexo o al género como una variable más dentro de esquemas de análisis tradicionales, sino que busca proveer una visión epistemológica diferente a la de la ortodoxia económica neoclásica, la cual se encuentra focalizada primariamente en el funcionamiento de los mercados, con un objetivo económico puesto en la reproducción del capital y un sujeto económico paradigmático, el *homo economicus*, que detenta características androcéntricas.

La economía feminista, rama de la economía crítica y heterodoxa, pone en el centro de sus reflexiones no a los mercados sino al problema de la desigualdad en un sentido amplio, dentro del cual el género es un factor determinante. De acuerdo con la economista Corina Rodríguez Enríquez:

La economía feminista es una corriente de pensamiento heterodoxo preocupada por visibilizar las dimensiones de género de la dinámica económica y sus implicancias para la vida de las mujeres. Su noción de “economía del cuidado” ha contribuido a actualizar el debate feminista sobre las formas de organización de la reproducción social y a reconocer el impacto de estas en la reproducción de la desigualdad (RodríguezEnriquez 2015:30).

En resumidas cuentas, la mirada feminista en la economía se desplaza de los mercados hacia la “sostenibilidad de la vida”, volviendo a la reproducción de la vida el objetivo del funcionamiento económico en lugar de la reproducción del capital. Y dentro de este objetivo aparece una dimensión invisibilizada en las teorías económicas con sesgos androcéntricos, la dimensión del cuidado:

La noción de cuidado refiere a las actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad. Incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas (la actividad interpersonal de cuidado), la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (la limpieza de la casa, la compra y preparación de alimentos) y la gestión del cuidado (coordinar horarios, realizar traslados a centros educativos y a otras instituciones, supervisar el trabajo de la cuidadora remunerada, entre otros). El cuidado permite atender las necesidades de las personas dependientes, por su edad o por sus condiciones/capacidades (niños y niñas, personas mayores, enfermas o con algunas discapacidades) y también de las personas que podrían autoproverseer dicho cuidado (RodríguezEnriquez&Pautassi 2014:7).

El trabajo de cuidado es fundamental en la reproducción del sistema capitalista. Sin el trabajo de reproducción de la vida, la producción de recursos sería imposible. Sin embargo, la mayor parte de este trabajo de cuidados no tienen ningún tipo de remuneración. Desde el feminismo se ha insistido en la estrecha alianza que se desarrolló entre el sistema político patriarcal y el sistema económico capitalista para explotar el trabajo de cuidados realizado mayoritariamente por mujeres, bajo la idea sexista de que “por naturaleza” realizan estas tareas, consideradas “femeninas”, por amor y no por rédito económico. Por extensión, los trabajos remunerados que se encuentran asociados al cuidado, y realizado mayoritariamente también por mujeres, son de los peores pagos del mercado. Esta doble situación de explotación y precarización vuelve al conjunto de las mujeres un grupo económicamente vulnerable a lo largo de todo el planeta.

A nivel estadístico, hoy en día los hombres poseen globalmente un 50% más de riqueza que las mujeres (Informe CreditSuisse 2018) y ocupan con preponderancia los espacios de decisión políticos y económicos. Por su parte, en la actualidad las mujeres contribuyen al mercado como mano de obra barata, en tanto tienen mayores probabilidades de ocupar empleos informales y mal remunerados. Además, las mujeres y niñas alrededor del mundo, tengan o no empleo remunerado, realizan todavía la mayor parte del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, sobre el cual, como hemos visto, descansa la esfera productiva del mercado que enriquece principalmente a aquellos varones ubicados en la punta de la pirámide económica.

De acuerdo con el informe “Tiempo para el cuidado. El trabajo de cuidados y la crisis global de desigualdad” publicado en enero de 2020 por Oxfam Internacional: “las mujeres realizan más de tres cuartas partes del trabajo de cuidados no remunerado, y constituyen dos terceras partes de la mano de obra que se ocupa del trabajo de cuidados remunerado.” (Lawson et al 2020). El valor económico del trabajo de cuidados no remunerado llevado a cabo por mujeres y niñas en todo el mundo —que suma en total unas 12500 millones de horas diarias (Addati et al 2019)— equivale a 10,8 billones de dólares anuales. Este fenómeno se enraiza en un contexto de desigualdad económica tan drástico que:

Un incremento de tan solo el 0,5% adicional en el tipo del impuesto que grava el patrimonio del 1% más rico de la población permitiría recaudar los fondos necesarios para invertir en la creación de 117 millones de puestos de trabajo en sectores como la educación, la salud y la

asistencia a las personas mayores, acabando así con los déficits de cuidados en estos ámbitos (Addati et al 2019: 8).

Muchas de las mujeres que realizan la mayor parte del trabajo de cuidados en sus hogares, cuando no todo, también lo realizan fuera de sus casas para otras personas. Gran parte de las mujeres en situación de pobreza alrededor del mundo son empleadas como trabajadoras del hogar. De acuerdo con OXFAM Internacional, se estima que hay 67 millones de personas trabajadoras del hogar en todo el mundo, de los cuales el 80% son mujeres. El conjunto de las trabajadoras del hogar constituye uno de los grupos laborales más explotados globalmente:

Tan solo el 10% de las personas trabajadoras del hogar están protegidas por la legislación laboral general en la misma medida que el resto de los profesionales, y tan solo cerca de la mitad goza de la misma protección en términos de salario mínimo. Las legislaciones nacionales no estipulan un límite de horas para la jornada laboral de más de la mitad de las personas trabajadoras del hogar. En los casos más extremos de trabajo forzoso y tráfico de personas, las personas trabajadoras del hogar se encuentran atrapadas en las casas de sus “empleadores”, que controlan absolutamente todos los aspectos de sus vidas, lo cual las deja en una situación de invisibilidad y total desprotección (Addati et al 2019:15).

El contexto socioeconómico en el que irrumpe la pandemia, analizado desde una perspectiva de género, y más específicamente desde el marco teórico provisto por la economía feminista, muestra el complejo escenario estructural global que ya detenta el carácter de crisis previo. La crisis del sistema informal y formal de cuidados es un tema que se vuelve más evidente en el contexto de esta pandemia, debido al carácter de las medidas tomadas y su fuerte impacto en estos sectores vulnerables, pero que la preexiste y se mantiene silenciada solo en virtud de una resistencia a aplicar políticas con miras al sostenimiento de la vida. A continuación, se ahonda en un estudio más específico de cómo es posible analizar la pandemia, las medidas tomadas en relación con ella y sus efectos futuros, atendiendo a estas coordenadas de análisis feminista.

3. El impacto en salud de las pandemias desde una perspectiva de género

A medida que la pandemia de COVID-19 se desarrolla en todo el mundo, los gobiernos de los diferentes países están tomando medidas sin precedentes para limitar la propagación del virus, especialmente en relación con el aumento de recursos de los sistemas de salud y a través de restricciones de desplazamientos que afectan a millones de personas. En medio de estos esfuerzos, diferentes organismos internacionales resaltan la importancia de no perder de vista la situación de desventaja de mujeres, niñas y otras poblaciones vulneradas (UNPFPA 2020).

No es extraña la falta de perspectiva de género en el análisis de las problemáticas que surgen a partir de las pandemias. Como bien señala Julia Smith:

El análisis de género se encuentra notablemente ausente de los debates, documentos y procesos de políticas. En cambio (...) las respuestas y políticas de intervención durante las epidemias se caracterizan por la “tiranía de lo urgente”, que deja de lado los problemas estructurales a favor de abordar las necesidades biomédicas inmediatas (...) Si bien los sistemas de salud y la investigación de políticas han comenzado a incorporar el análisis de género, pocas publicaciones abordan cuestiones de género relacionadas con las epidemias (2019:356).

No se debe perder de vista que las dimensiones de género para tener en cuenta durante estas situaciones son tanto físicas como sociales. Como deja a la vista la epidemia del virus del Zika en Brasil, algunas enfermedades afectan con más fuerza a las personas con capacidad de gestar (Diniz 2016), pero este no es siempre el caso. Por el momento, los datos preliminares obtenidos sobre el impacto de la COVID-19 en las poblaciones y desagregados por sexo muestran un número similar de casos de contagio entre varones y mujeres, aunque parece haber diferencias en relación con la mortalidad, la que parecería ser más alta entre los varones (probablemente debido a condiciones subyacentes) (Chen et al 2020). La respuesta conductual de protección de la salud juega un papel

importante en la limitación de la propagación de enfermedades infecciosas respiratorias (Moran et al 2016).

Es claro que los análisis que se realicen durante y después de la situación de emergencia deben también incorporar una mirada interseccional. Se entiende por “interseccionalidad” a la toma de una perspectiva capaz de dar cuenta del solapamiento de diversos sistemas de opresión, dominación y discriminación en el análisis de los fenómenos sociales. El reconocimiento de los factores sociales, étnicos, raciales, de clase, identitarios, sexuales, religiosos y otros, configuran la vulnerabilidad de las personas a la incidencia de las diferentes enfermedades, así como también su capacidad para responder frente a las pandemias. El análisis centrado exclusivamente en cuestiones relacionadas con el sexo y/o género —sin tener en cuenta estos otros determinantes— limita fuertemente la comprensión de las complejidades de las experiencias y resultados de salud y sólo contribuye a enmascarar las experiencias de aquellos cuyas vidas se encuentran en la intersección de múltiples dimensiones de inequidad (Hankivsky 2012).

Sin embargo, la experiencia muestra que pocos de estos mecanismos de recolección y análisis de datos en salud tienen en cuenta de manera suficiente estas diferencias importantes entre las personas. Los datos informados rara vez se desglosan por sexo, muchos menos por género o procedencia, estatus social, etc. A este problema se suma el hecho de que la información relacionada con el estado del embarazo de las personas con capacidad de gestar y otros factores reproductivos rara vez se recopila o incluye sistemáticamente en los informes. Esto limita las posibilidades de comprender la dinámica de género de la enfermedad, identificar grupos vulnerables y desarrollar respuestas apropiadas. Las desventajas de las mujeres y otras identidades subalternizadas no dejan de estar presentes durante una emergencia de salud pública, pero son poco tenidas en cuenta en estas circunstancias (Davies & Bennett 2016).

Las medidas que están siendo implementadas para combatir la COVID-19 en muchas partes del mundo no tienen precedentes e incluyen restricciones a la circulación de la población, el cierre de escuelas, negocios, medidas de autoaislamiento y cuarentena, y más. Como se expuso en el primer apartado, por las características de nuestras sociedades, estas acciones, necesarias para maximizar la protección de la población en general, afectarán a las personas de diferente manera, poniendo a mujeres y otras identidades subalternizadas en clara desventaja. Este punto no puede perderse de vista durante estos tiempos.

3.1 Cuidadoras informales

La falta de inversión en los sistemas de salud a nivel mundial tiene un fuerte impacto de género a niveles particulares. Esto resulta en la descarga de responsabilidades de atención sobre las mujeres, una situación que se agrava durante los brotes. Las tareas de cuidado no remuneradas, hiperfeminizadas e informales suelen “absorber” gran parte del impacto en períodos de crisis como las pandemias, profundizando la crisis de cuidados que explicitamos en el primer apartado. Las mujeres reciben de manera desproporcionada la carga del cuidado de sus familias o depositando esa carga en mujeres más pobres, con gran impacto negativo en su salud, seguridad y/o recursos.

El aporte de las cuidadoras informales a la salud global es mucho más importante que lo que se reconoce. La reducción de las tasas de mortalidad en todos los grupos etarios durante el último medio siglo se debe en gran medida a la contribución subestimada de las mujeres a la salud y la atención social (WHO 2016; GBD 2017). Los mismos sistemas de salud que con frecuencia desatienden las necesidades particulares de las mujeres, en gran medida se sostienen en la actualidad gracias a que ellas cumplen la función de prestadoras de asistencia sanitaria tanto en el sector formal como informal.

Las cuidadoras informales son un grupo social invisible desde la óptica de la salud. El reconocimiento del impacto negativo en la salud y bienestar de las personas que llevan adelante estas tareas a menudo se pasa por alto: ellas oficiaron de enfermeras improvisadas, sostén emocional, gestoras de trámites y defensoras de la persona que tienen a cargo frente a situaciones en que se les niega o incumple algún derecho en salud. Todas estas situaciones son de difícil manejo y deben

sortearlas de la mejor manera posible, aunque no estén capacitadas para hacerlo.

Esta situación constante de toma de decisiones, interrupciones en el sueño, pocos momentos de descanso, interrupción de su actividad social y agotamiento emocional (especialmente si están a cargo de una persona no autoválida) tienen un impacto sobre su salud que es reconocido por los estudios sobre cuidado informal (García-Calvente et al 2004). Se lo denomina “síndrome del cuidador” (o síndrome del cuidador quemado; *Informal Caregiver Burnout* en inglés) que, a pesar de enunciarse en masculino, afecta principalmente a las mujeres e incluye el conjunto de alteraciones médicas, físicas, psíquicas, y los problemas laborales, familiares y económicos que enfrentan las cuidadoras (Lee & Singh 2010). Cuidar de la salud de otros es una tarea que implica un esfuerzo tanto físico como psicológico. Se suele asociar con mayores niveles de depresión y/o ansiedad y con el descuido de la salud propia, especialmente en lo relativo a alimentación y ejercicio (y algunas veces se manifiesta en hipertensión y problemas cardíacos, especialmente en las mujeres de edad avanzada). Todas estas problemáticas asociadas a la tarea están documentadas a nivel mundial, aunque aún no son ampliamente reconocidas (Bauer & Sousa-Poza 2015; Benjumea de la Cuesta 2004).

Durante las emergencias, la falta de apoyo hacia estas tareas de cuidado se hace mucho más evidente. Medidas necesarias para controlar la transmisión de COVID-19, como el cierre de las escuelas o la recomendación de que las personas mayores no salgan de su hogar, tienen un efecto diferencial en las mujeres que proporcionan la mayor parte de la atención informal dentro de las familias y deberían implementarse mecanismos de asistencia para evitar la sobrecarga de estas cuidadoras.

No se debe perder de vista que el cuidado informal se sostiene fundamentalmente sobre el trabajo y el tiempo de las mujeres, y que, aunque este sistema de cuidados no es formalmente caracterizado como tal, se trata, ni más ni menos, del principal “prestador de salud” en las sociedades contemporáneas y, en muchos casos, constituye la única fuente de provisión de cuidados para un gran número de personas (Wimo et al 2018). Por ello se habla de un “sistema invisible de atención a la salud”: la falta de reconocimiento supone un obstáculo para su valoración social y su reconocimiento como una porción absolutamente necesaria para el funcionamiento de los actuales sistemas sanitarios. Los cuidados informales en salud también se desarrollan en el ámbito doméstico y se lo toma como parte inherente de las actividades cotidianas del hogar, reforzando aún más su invisibilidad.

Estas situaciones de emergencia permiten ver con claridad que los sistemas sanitarios en aquellos países que tienen atención pública o a través de la seguridad social, no logran dar respuesta a la demanda de cuidados que se está produciendo en las sociedades actuales. A nivel global, gran parte de las personas que requieren de atención constante la reciben por fuera de los efectores de los sistemas de salud: las mujeres constituyen el principal núcleo de prestación de cuidados en la mayoría de los países (*Ibid.*).

Las respuestas de los organismos de salud nacionales e internacionales a estas emergencias, señala Smith (2019), fallan en reconocer estos roles de cuidado, y pocas veces los tienen en cuenta al momento de diseñar las políticas de asistencia, planes y materiales de comunicación para la prevención o el cuidado durante la pandemia. El último punto es de vital importancia, ya que resulta en una limitante de la efectividad de estas herramientas y la dificultad de cumplir con las recomendaciones (especialmente aquellas que hacen referencia a la importancia de mantener la distancia física, la cual es inaplicable en el caso de las cuidadoras de menores o personas mayores no autoválidas).

3.2. Feminización de la salud

Las mujeres que trabajan como personal de salud de primera línea son uno de los grupos más expuestos. Representan el setenta por ciento de la fuerza laboral de la salud en el mundo y brindan atención a alrededor de cinco mil millones de personas (WHO 2019). Estos datos permiten dimensionar el riesgo de infección para trabajadoras dentro del sistema sanitario. Sin embargo, a

pesar de ser mayoría en el campo de atención en salud, sólo ocupan el veinticinco por ciento de los puestos de toma de decisiones (*Ibid.*) y siguen estando segregadas en gran medida en trabajos de salud de menor estatus y peor remunerados y, en algunos contextos, bajo la amenaza constante de violencia (Langer et al 2015).

Uno de los primeros estudios publicados sobre el impacto de esta pandemia en la salud mental de los y las profesionales de la salud mostró que una proporción significativa de participantes experimentó síntomas de ansiedad, depresión e insomnio, y más del 70% reportó angustia psicológica. Se encontró también que las mujeres informaron síntomas más severos de depresión, ansiedad y angustia. Las enfermeras de primera línea que tratan a pacientes con COVID-19 son el grupo más vulnerables: están expuestas al mayor riesgo de infección debido a su contacto cercano y frecuente con los pacientes y trabajan más horas de lo habitual (Lai et al 2020). Si bien se trata de resultados preliminares, se recomienda fuertemente desarrollar e implementar intervenciones especiales para promover el bienestar mental en los y las profesionales de la salud expuestos a la COVID-19, poniendo especial atención al grupo de mujeres (enfermeras y trabajadoras atendiendo en la primera línea).

A esto se suma que la brecha salarial de género en el sector de la salud es más alta que en otros sectores a pesar de ser una profesión altamente feminizada (WHO 2019). Esta desventaja es aún más pronunciada cuando tenemos en cuenta la intersección de género con raza, etnia, estatus social, orientación sexual, etc. La segregación ocupacional horizontal impulsada por los estereotipos de género que marcan cuáles son los trabajos “adecuados” para las mujeres y los varones atribuyen un valor social más bajo a las profesiones feminizadas y contribuyen, a su vez, a que se devalúe el estatus y el salario de esas profesiones. Las mujeres que trabajan en salud se dedican mayoritariamente a actividades de cuidado, como enfermería, pediatría o neonatología, y pocas se forman en especialidades consideradas “más masculinas”, como cardiología, cirugía o investigación (PNUD 2018).

Teniendo en cuenta que las mujeres son quienes desarrollan la mayoría de las intervenciones de atención primaria de la salud a nivel mundial (incluida la interacción a nivel comunitario), es una muestra de inequidad que no participen de manera plena en la planificación y la toma de decisiones relacionadas con las intervenciones y los mecanismos de seguridad, vigilancia, detección y prevención durante una pandemia.

La desigualdad en relación con el uso del tiempo entre varones y mujeres que se desarrollan laboralmente en las profesiones de salud, sumado a las —a veces— cortas licencias por maternidad constituyen para las profesionales de nuestro país dos problemas adicionales. Dado que continúan siendo —en su gran mayoría— las principales responsables de la organización y de las tareas de cuidado del hogar, se dificulta su inserción en las residencias médicas, que constituyen, hoy día, el modelo predominante para la formación de especialistas en medicina, enfermería, trabajo social y otras carreras del área. Y si logran acceder a estas instancias formativas, la maternidad se convierte en un obstáculo más para su desarrollo: las residencias se rigen por las normas de la jurisdicción en la que se encuentran (aunque en ocasiones existen reglamentos propios) y así coexisten, en el país, licencias que otorgan desde tan sólo cuarenta y cinco días hasta seis meses, dificultando la reinserción de las mujeres que han parido.

3.3. La salud y los derechos sexuales y reproductivos

La continuidad en la atención y garantía de acceso a los derechos en salud sexual y reproductiva (SSyR) constituye un importante problema de salud pública que requiere de atención particular durante las pandemias. La epidemia mundial de COVID-19 está causando daños en las estructuras sanitarias en muchos países, es por ello por lo que puede resultar fácil perder de vista, entre otros efectos y peligros, el impacto específico en los derechos sexuales y reproductivos.

Es esperable que las restricciones a la circulación entre países —e incluso al interior de estos—, debido a interrupciones en las cadenas de suministro, impacten en la disponibilidad de medicamentos esenciales como anticonceptivos, antirretrovirales para tratar el VIH/sida, así como

posiblemente también de antibióticos para tratar las enfermedades de transmisión sexual. A su vez, los profesionales de la salud que se encuentran en las regiones más afectadas están siendo convocados para la atención fuera de sus especialidades para ayudar a abordar la epidemia. Esto causa una reducción de profesionales disponibles para la atención en SSyR quienes, al mismo tiempo se vuelven más susceptibles y corren más riesgo de contraer la enfermedad (aumentando la escasez de profesionales que puedan proporcionar estos cuidados).

Es menester que se planifiquen las medidas a tomar en temas de salud pública teniendo en cuenta la importancia de asegurar que se respeten las decisiones y los derechos de las personas (especialmente personas embarazadas, con discapacidad, menores de edad, trans y travestis) a la salud sexual y reproductiva, independientemente de su estado en relación con la COVID-19. Esto incluye el acceso a anticonceptivos, anticoncepción de emergencia y aborto sin riesgos dentro de los límites permitidos por la ley (UNFPA 2020).

En contextos de emergencia es posible observar dificultades para acceder a los anticonceptivos, falta de acceso a la atención obstétrica y aumento de las tasas de mortalidad neonatal. En estas condiciones es un imperativo dar prioridad a la protección del derecho a la salud sexual y reproductiva (WHO 2012). El aborto, a menudo restringido incluso en circunstancias normales, generalmente se deja de lado para acomodar la escasez de personal o la reasignación de fondos. Estas intervenciones no pueden dejar de pensarse como parte de la atención esencial en salud. En contextos donde el aborto está restringido, las restricciones de movilidad o las recomendaciones de permanecer dentro de los hogares por tiempos prologados eliminan virtualmente la posibilidad de acceder a una intervención segura.

Si bien hasta el momento no se cuenta con evidencia sólida acerca de los posibles riesgos de la COVID-19 para personas gestantes (UNFPA 2020), quien cursa un embarazo es susceptible a una variedad de complicaciones respiratorias (debido a que el sistema inmunitario sufre cambios considerables durante el embarazo, las personas gestantes pueden volverse más susceptibles a algunas enfermedades infecciosas en este momento (Ie et al 2002). Es por ello por lo que la UNFPA recomienda que:

Las mujeres embarazadas con enfermedades respiratorias deben ser tratadas con la máxima prioridad, ya que tienen un mayor riesgo de presentar resultados adversos, y las unidades de atención prenatal, neonatal y de salud materna deben segregarse de los casos de COVID-19 identificados (2020:2).

Es importante también hacer foco en la protección del personal de salud trabajando en el área de ginecología y obstetricia y asegurarse de que cuentan con los recursos necesarios para llevar adelante su trabajo de forma segura y eficiente.

Estas situaciones excepcionales —como la actual pandemia— pueden también contribuir a un aumento de las prácticas caracterizadas como violencia obstétrica, poniendo a las personas gestantes en mayor riesgo en un momento en que se encuentran especialmente vulnerables. Es fundamental que se tomen medidas para garantizar el acceso al parto sin riesgos y al continuo de la atención prenatal y postnatal, especialmente en los epicentros de la pandemia.

Finalmente, se debe atender al hecho de que el acceso a la salud y a tratamientos hormonales de las personas trans y travestis se encuentra en riesgo durante la emergencia de la pandemia. Y ello no solo por el hecho de que se complejiza la atención dentro del sistema de salud, la distribución de medicamentos y el seguimiento de tratamientos, sino que a esta población se le suma el riesgo de una persecución particularmente discriminatoria en caso de circulación en el espacio público durante el aislamiento social obligatorio.

4. La persistencia de la violencia de género en el contexto de la pandemia

Uno de los temas más preocupantes en el desarrollo de la pandemia de COVID-19 es la persistencia y hasta el aumento de la violencia de género. De acuerdo con el informe de la ONU

“The Impact of COVID-19 on Women”, a medida que la pandemia profundiza los problemas económicos y sociales, sumado a la restricción de circulación y las medidas de aislamiento social, la violencia de género aumenta exponencialmente. Muchas mujeres están siendo forzadas a permanecer encerradas con sus abusadores al mismo tiempo que los servicios de apoyo a sobrevivientes se interrumpen o se vuelven inaccesibles (UN WOMEN 2020).

De acuerdo con este informe, si bien todavía es temprano para tener datos sólidos en relación con la violencia de género durante la pandemia, ya existen reportes alarmantes por parte de países que sugieren un aumento promedio del 25% en las denuncias de violencia de género. PhumzileMlambo-Ngcuka, Directora Ejecutiva de ONU Mujeres menciona:

El confinamiento aviva la tensión y el estrés generados por preocupaciones relacionadas con la seguridad, la salud y el dinero. Asimismo, refuerza el aislamiento de las mujeres que tienen compañeros violentos, separándolas de las personas y los recursos que mejor pueden ayudarlas. Es la situación perfecta para ejercer un comportamiento controlador y violento en el hogar. De forma paralela, al tiempo que los sistemas sanitarios se esfuerzan al límite, los refugios para la violencia doméstica alcanzan también su máxima capacidad, agravándose el déficit de servicio al readaptar dichos centros a fin de ofrecer una respuesta adicional al COVID (2020).

Es especialmente preocupante el caso de América Latina, la cual representa la región más letal para las mujeres de acuerdo con el diagnóstico de la ONU. Desde hace ya varias semanas ha habido reportes desde algunas ciudades y países de la zona que recaban información estadística sobre violencia de género y se ha llegado a comprobar, en algunos casos, que aun cuando los delitos en general se encuentran en baja, los casos de femicidio, transfemicidio y travesticidio se mantienen e incluso parecieran estar en aumento.

Asimismo, a lo largo de América Latina se ha reportado a través de numerosas organizaciones de derechos humanos un incremento en la vulneración de derechos a personas de la comunidad LGBT+. A razón de ello, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en el marco de su Sala de Coordinación y Respuesta Oportuna e Integrada a la crisis en relación con la pandemia del COVID-19, realizó un llamado a los Estados a garantizar los derechos de igualdad y no-discriminación de las personas de la comunidad, quienes se están viendo particularmente perjudicadas por acciones discriminatorias por parte de las fuerzas de seguridad, y por un deficiente acceso a prestaciones de salud, entre otras afrentas a sus derechos.

5. Algunas propuestas finales

Como advierte la Organización Mundial de la Salud (WHO 2007), existe poca evidencia sistemática sobre el impacto que las diferencias de sexo y género tienen durante las pandemias (incluso en relación con información básica como sobre incidencia o tasas de letalidad desagregadas por sexo). Sin embargo, a pesar de la escasez de información, hay fuertes indicios de que estos indicadores son importantes a la hora de analizar la transmisión y el control de enfermedades en estas situaciones de emergencia. Las pandemias exacerban las desigualdades de género existentes en las sociedades, así como también la discriminación en contra de otros grupos marginados como las personas con discapacidad y aquellas en situación de pobreza extrema.

Lo que surge en una primera mirada al desarrollo de esta situación a nivel mundial es la *necesidad de fortalecer y expandir los sistemas públicos de salud existentes* (incluyendo centros de todos los niveles de atención y desarrollo de drogas y tecnologías). Se requiere de inversiones críticas en salud para evitar que una nueva crisis ponga, en el futuro, la atención en jaque nuevamente. Queda claro que no es una disyuntiva que se deba dar el tener que elegir entre brindar atención a quienes sufren las consecuencias directas de una pandemia y continuar brindando el nivel de atención que la población requiere aún frente a una situación excepcional. Para ello son necesarias estrategias para organizar y priorizar la atención frente a la escasez de recursos. Desde una perspectiva de género, esto es especialmente relevante en relación con la atención en salud

sexual y reproductiva y en otras áreas de atención centrales para la calidad de vida de la población LGTB+.

Se debe *promover una fuerza laboral en el campo de la salud con igualdad de género*, especialmente aquellas especialidades “feminizadas” y que están más expuestas en este tipo de situaciones: enfermería, medicina clínica, gerontología y quienes se hallan en la primera línea de protección de las poblaciones contra las pandemias (que son habitualmente las áreas más relegadas) deben tener garantizadas condiciones laborales dignas, seguras y bien remuneradas. Ese sería un primer paso para dismantelar la segregación ocupacional sexual dentro del sector de la salud.

Se deben tomar medidas para *garantizar la representación de las mujeres y población LGTB+* en la toma de decisiones y en la investigación, tanto a nivel institucional como ministerial y en las organizaciones internacionales. Un enfoque sesgado produce resultados parciales que no logran dar cuenta de las necesidades y particularidades de las poblaciones ausentes al momento de pensar en políticas y estrategias de intervención. En la misma línea, es necesario que *las mujeres estén igualmente representadas en los ensayos clínicos* que se llevan a cabo durante la crisis de salud, así como en las investigaciones posteriores. La falta de representación resulta en la falta de datos esenciales sobre los tipos de métodos de prevención, tratamientos y otras intervenciones.

Esta situación excepcional pone en el centro la inequidad de la distribución de las tareas de cuidado —las que recaen casi con exclusividad en las mujeres— y la ausencia de apoyo por parte de los Estados. Es una oportunidad clave para pensar en la *reducción y redistribución de estas tareas no remuneradas*, para así potenciar las posibilidades de quienes asumen esos roles. Se necesitan mayores inversiones en el desarrollo y la implementación de un sistema de cuidado de niños, personas mayores y personas no autoválidas.

Se debe abordar el *problema de la violencia de género*. Con las medidas de cuarentena impuestas (necesarias desde una perspectiva epidemiológica) las mujeres corren un mayor riesgo de violencia cometida por sus parejas y familiares, en tanto muchas se encuentran recluidas con sus agresores y bajo una situación de estrés particular. Los femicidios a nivel global y local siguen siendo noticia diaria y los Estados se ven obligados a promover medidas especiales para disminuir su incidencia. Es también preocupante el hecho de que muchos niños, niñas y adolescentes se encuentran recluidos en aislamiento obligatorio con sus abusadores, situación crítica que tampoco debe ser pasada por alto. *La violencia de género debe ser también considerada una crisis de salud pública* y contar con los recursos necesarios.

Se debe *promover políticas económicas de emergencia para los sectores más vulnerables*. El impacto económico negativo en estos sectores será drástico y, como hemos visto, las mujeres se verán afectadas de manera desproporcionada, por los niveles de precarización, desocupación y pobreza a los que se enfrentan estructuralmente, al igual que los hogares monomarentales.

Las situaciones de crisis como la actual dejan a la vista las debilidades en nuestros sistemas y resaltan los riesgos que sufren las personas más vulnerables. Los impactos de la pandemia de COVID-19, aquellos que ya se perciben y los que lo harán en los próximos meses, deben pensarse como un llamado a pensar y subsanar las desigualdades subyacentes en nuestras sociedades. Aunque no podamos saber con certeza cuáles serán los próximos pasos por dar en relación con el desarrollo de esta situación de emergencia, queda claro que es menester incorporar de manera inmediata el análisis basado en el género, las voces de las mujeres y los grupos marginados, y las perspectivas feministas en la preparación y respuesta frente a la aparición de estas pandemias.

Bibliografía

Addati L., Cattaneo U., Esquivel V., Valarino I. (2018). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

- Bauer J., Sousa-Poza A. (2015). "Impacts of Informal Caregiving on Caregiver Employment, Health, and Family". *Journal of Population Ageing*. 8(3): 113-145.
- Benjumea de la Cuesta, C. (2004). "Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura". *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(1): 137-146.
- Blackman A., Ibáñez A. M., Izquierdo A., Keefer P., Mesquita Moreira M., Schady N. Serebrisky, T (2020). *La política pública frente al Covid-19: Recomendaciones para América Latina y el Caribe*, Banco Interamericano de Desarrollo, p. 5. DOI: <http://dx.doi.org/10.18235/0002302>
- Chen N, Zhou M, Dong X, et al. (2020), "Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study". *Lancet*; 395: 507–13.
- Davies S. E., Bennett B. (2016), "A gendered human rights analysis of Ebola and Zika: locating gender in global health emergencies." *International Affairs* 92: 5.
- Diniz D. (2016), "Zika virus and women". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(5): e00046316.
- García-Calvente M. M., Mateo-Rodríguez I., Maroto-Navarro G. (2004). "El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres". *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 2), 83-92.
- GBD 2016 mortality collaborators (2017), "Global, regional and national under-5 mortality, adult mortality, age-specific mortality, and life expectancy, 1970–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016". *Lancet*; 390(10100):1084– 150.
- Hankivsky O. (2012), "Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality". *Soc Sci Med.*; 74 (11):1712-20.
- Ie S., Rubio E. R., Alper B., Szerlip H. M. (2002), "Respiratory complications of pregnancy". *ObstetGynecolSurv.*; 57(1): 39-46.
- Informe de Credit Suisse (2018). *Global wealth report*. Recuperado de <https://www.credit-suisse.com/about-us-news/en/articles/news-and-expertise/global-wealth-report-2018-us-and-china-in-the-lead-201810.html>
- Lai J., Ma S., Wang Y., et al. (2020), "Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019". *JAMA*; 3(3): e203976.
- Langer A., Meleis A., Knaul F. M., Atun R., Aran M., Arreola-Ornelas H., et al. (2015), "Women and health: the key for sustainable development. *Lancet*, 386(9999):1165–210.
- Lawson M., Parvez Butt A., Harvey R., Sarosi D., Coffey C., Piaget K., Thekkudan J. (2020), *Tiempo para el cuidado. El trabajo de cuidados y la crisis global de desigualdad*. Oxfam Internacional, p. 14
- Lee H., Singh J. (2010), "Appraisals, Burnout and Outcomes in Informal Caregiving". *Asian Nursing Research*, 4(1): 32-44.
- Moran K. R., Del Valle S. Y. (2016), "A Meta-Analysis of the Association between Gender and Protective Behaviors in Response to Respiratory Epidemics and Pandemics". *PLoS ONE*, 11(10): e0164541.
- ONU Mujeres. *Violencia contra las mujeres: la pandemia en la sombra*. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/4/statement-ed-phumzile-violence-against-women-during-pandemic>
- PNUD (2018), *Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. Aportes para el desarrollo humano en Argentina*. Buenos Aires: PNUD.
- Rodríguez Enriquez C.M. (2015), "Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad". *Nueva Sociedad*, 256 (3), p. 30.
- Rodríguez Enriquez C.M., Pautassi L. (2014), *La organización social del cuidado de niños y niñas. Elementos para la construcción de una agenda de cuidados en Argentina*, Buenos Aires: ELA / CIEPP / ADC, p. 7.
- Smith J. (2019), "Overcoming the 'tyranny of the urgent': integrating gender into disease outbreak preparedness and response", *Gender & Development*, 27:2, p. 356.

- UN Women (2020), *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women*, p. 2. Recuperado de <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>
- UNFPA (2020), *Informe técnico COVID-19: Un enfoque de género. Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género*. Recuperado de https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.docx_en-US_es-MX.pdf
- WHO (2007), *Addressing sex and gender in epidemic-prone infectious diseases*, Geneva.
- WHO (2012), *Integrating sexual and reproductive health into health emergency and disaster risk management*. Policy brief. Geneva.
- WHO (2016), *Final report of the expert group to the High-level Commission on Health Employment and Economic Growth*. Geneva.
- WHO (2019), “Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce”. *Human Resources for Health Observer Series*, 24, p. vi.
- Wimo A., (2018), *Global estimates of informal care. Alzheimer’s Disease International*. London: (ADI).